ROK VIII. MAJ 1928 № 5 (65)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

Dr. WŁADYSŁAW CZERNECKI, Warszawa.

Teoretyczne rozważania na temat: Podwójna korona jako uchwyt (zaczepka) częściowych dostawek ruchomych.

Odpowiedź D-rowi Włodzimierzowi Szafranowi patrz: Przegląd Dentystyczny rok VIII — Nr. 3. (1928).

W odpowiedzi na artykuł D-ra W. Szafrana byłbym mu przedewszystkiem nadzwyczaj wdzięczny, gdyby zechciał podać do wiadomości, ile wykonał dostawek, zbudowanych w myśl mego projektu i ile widział tych poważnych uszkodzeń i zniszczeń następczych, które tak szczegółowo przewiduje w swym teoretycznym wywodzie.

To bowiem byłoby dopiero dowodem, że rozważania te są słuszne. Sądzę, że dla D-ra Sz. nie będzie to żadną trudnością skoro twierdzi, że zniszczenia powyższe powstać muszą „bezwzględnie w bardzo krótkim stosunkowo czasie“, a mój sposób został zapoczątkowany w 1921 roku, a podany w r. 1923. Pięcioletni okres chyba aż nadto wystarcza.

Osobiście przyznać muszę, że nie widziałem fatalnych skutków, mogących prowadzić nawet „do utraty całego szeregu zębów“, naturalnie z filarowym na czele i co zatem idzie do nieużyteczności całej dostawki. Przeciwnie. Szereg moich pacjentów, nawet z dobrze się orjentujących sfer lekarskich, gryzie mojemi dostawkami doskonale od 4—5 lat, żaden ząb nawet filarowy nie wypadł!

Z konieczności rzeczy muszę więc przypuścić, że istnieją jakieś fałszywe przesłanki w rozumowaniu teoretycznem D-ra Szafrana, które, jako same błędne, muszą do błędnych doprowadzać wniosków.

A skoro w medycynie praktyczny wynik jest przedewszystkiem ważny, bo „salus aegroti suprema lex esto”, przeto musi teorja wyjaśniać spostrzegane fakta i z niemi być w zgodzie.— Inaczej ona jest błędna, nie tamta — zgodnie z tem można uzupełniać brak jednostronny trzonowców w jednej szczęce dostawką ruchomą, umocowaną lege artis na najbliższym pozostałym zębie.

Z PRACOWNI ANATOMOPATOLOGICZNEJ SZPITALA NA CZYSTEM, Kierownik dr. M. Płonskier i oddziału chirurgicznego II c. Ordynator dr. A. Wertheim

JAN GOMBIŃSKI Lekarz-dentysta.

O szkliwiakach szczęki górnej *(Adamantinoma Maxillae superioris).*

616.31.006

Sprawy nowotworowe w obrębie jamy ustnej, a szczególnie w szczękach powstają często pod wpływem zaburzeń procesów różnicowania i koordynacji komórek ekto i mezodermy, z których powstaje zalążek zęba. Bardzo częstym wyrazem tego zaburzenia jest przemieszczanie komórek w sąsiadujących narządach jamy ustnej. Nowotwory, powstające na tle zaburzeń rozwojowych, często posiadają budowę, przypominającą zawiązki narządów, względnie zawierają komórki o cechach elementów zarodkowych. Zaznacza się to i w budowie szkliwiaka, którego miąższ jest zbliżony do organu szkliwa z okresu jego zarodkowego rozwoju.

Szkliwiak jest guzem dobrotliwym, pochodzenia ektodermalnego „hamartoblastoma“. Powstaje on z nabłonka listewki szkliwa lub z zawiązka organu szkliwa. Współcześni autorowie[1]), opierając się na pracy M a l l a s e z' a z drugiej połowy 19 w. o okołoszczytowych pozostałościach nabłonkowych „Debris epitheliaux paradentaires“, rzucającej światło na powstawanie tworów pochodzenia zębowego, przyjmują genezę szkliwiaka z warstwy Brunn'a śluzówki jamy ustnej. Na poparcie tego poglądu wskazują na zdolność śluzówki jamy ustnej do tworzenia zębów

[1]) Kuru, Krompecher, Łukomsky, Teutschländer, Winter i in.

przez całe życie nietylko u ryb i płazów, ale i u ludzi[2]). (Polyphodentio).

Szkliwiak powstaje zwykle w środku szczęki i w wyrostku zębodołowym przyczem bardziej uprzywilejowaną jest żuchwa, co się tłumaczy obfitem przemieszczaniem się w niej perełek szkliwowych, leżących w miejscu spojenia żuchw i poza ostatnim trzonowcem. Fischer opisuje jeden przypadek o niezwykłem umiejscowieniu w goleni (?). Siedlecka—nowotwór mieszany podstawy mózgu (szkliwiak, perlak, kostniak, śluzak).

Bardzo zbliżone do szkliwiaka są guzy, powstające z podstawowego nabłonka śluzówki jamy ustnej (Basaliom Krompechera) oraz z przysadki mózgowej, rozwijające się u stropu gardzieli (Treutschländer). Ostatnie, zdaniem Ortha, pochodzą z nadmiaru komórek przysadki mózgowej, przeniesionych pod śluzówkę stropu gardzieli, jako przysadka gardzielowa[3]). (Rachenhypophyse). Cechą charakterystyczną guza przysadki jest jego glejakowate podścielisko w odróżnienie od łącznotkankowego podścieliska szkliwiaka.

Statystyka szkliwiaka nie jest dokładnie znana. Winter na 47 przypadków szkliwiaka opisuje trzy umiejscowione w górnej szczęce. Łukomsky na trzy—jeden w górnej. Esch—dwa przypadki szkliwiaka górnej szczęki. Art. Thomas, badacz guzów u ryb i płazów, opisuje jeden szkliwiak górnej szczęki u sztokfisza. Pojedyncze przypadki innych autorów do statystyki nie nadają się, gdyż tyczą się przeważnie mieszanych guzów żuchwy.

Szkliwiak jednolity we wczesnym okresie swego rozwoju *adamantinoma* solidum), wskutek zmian wstecznych, przekształca się później w guz torbielowaty (*adamantinoma cysticum*). Ściany jego przez wzajemny ucisk z biegiem czasu mogą ulec zniszczeniu i guz przekształca się wtedy w torbiel pojedynczą. Rozrost guza powolny w kierunku najmniejszego oporu, dochodzi jednak do wielkości średniej pięści, a nawet główki dziecka. Stwierdzono go zarówno w pierwszym, jak i 40 roku życia. Nie dając objawów całemi latami pod wpływem bodźca, jak wyrzynania się zęba lub urazu, może zacząć się rozrastać ekspansywnie. Szkliwiaki przerzutów nie dają, a w razie nawrotu mogą dać rozrost złośliwy.

Obraz makroskopowy szkliwiaka jest następujący: Torebki łącznotkankowej nie posiada, śluzówka nad nim jest zasi-

---

[2]) 1) Hildebrand. D. Zeitschr. f. Chir. № 31. 1891. 2) Schmidt. Zit. bei Pethers 3) Nietzele. Münch. med. Wochschr. 1905.

[3]) Baetters, Stroda, Lindt, Siegmund.

niona, gładka; konsystencja guza twardawa. Na przekroju widać brudnoszare, miejscami brudnoczerwone masy gąbczaste; na powierzchni widać torbiele większe i mniejsze; zawartość jednych żółta, płynna, lepka — innych czerwona, bezkształtna, galaretowata, czasami zawierająca cholestearynę. Zęby, znajdujące się w obrębie guza, niezmienione w obsadzie. Ściany kostne szczęki w zaniku, substancja kostna gąbczasta, zwiotczała.

Mikroskopowo guz składa się z dwuch części: z nabłonkowego miąższu i łącznotkankowego podścieliska. Miąższ składa się z nabłonkowych komórek różnego typu w postaci językowatych wybujałości—czopów, powrozków i wypustek różnych grubości. W ogniskach nabłonkowych widać dwie warstwy: zewnętrzna składa się z cylindrycznych komórek, ściśle do siebie przylegających, o zarodzi jednorodnej, jasnej, ziarnistej, o jądrze owalnem, leżącem u podstawy komórki, zasobnem w chromatynę i barwiącem się intensywnie. Charakter cylindryczny komórek miejscami jest niewyraźny, substancji międzykomórkowej niewiele. Niektórzy autorowie opisują tę obwodową warstwę, jako wielowarstwowy walcowaty nabłonek. Komórki wewnętrznej warstwy bardzo odróżniają się od poprzedniej, granice ich są nieprawidłowe; w niektórych miejscach zacierają się, a kształt ich — to płaski—to wielokątny. Głębiej znajdujemy między niemi komórki gwiazdkowate z wypustkami, barwiące się słabiej, oddzielone istotą międzykomórkową. Wypustki komórek gwiazdkowatych przeplatają się i łączą wzajemnie; przestrzenie międzykomórkowe są przeważnie okrągłe. Komórki te tworzą nabłonek o charakterze siateczkowatym. W przezroczystej ich zarodzi widać delikatną sieć, złożoną z włókien, przechodzących z jednej komórki do drugiej. Między gwiazdkowatemi komórkami znajdują się pęcherzyki, z których powstają torbiele. Pęcherzyki te tworzą się z rozpadających się komórek. Komórki wewnętrznej warstwy wyglądem są zbliżone do zarodkowej tkanki łącznej — odpowiadają pośredniej warstwie miazgi zęba. Komórki gwiazdkowate utożsamiają z gwiazdkowatą warstwą organu szkliwa w okresie jego zarodkowego rozwoju. Gwiazdkowata postać komórek u 3 — 4 miesięcznego płodu ujawnia się tylko u ludzi w organie szkliwa. Morfologicznie odróżnia się szkliwiak od normalnego zawiązku zębowego tem głównie, że w miąższu szkliwiaka brak jest ustalonych form, jakie charakteryzują proces rozwoju zęba. Mimo swej znacznie zróżniczkowanej budowy, szkliwiak pozostaje zespołem komórek, niezatrzymujących się

na pewnym poziomie rozwoju, jak się to dzieje z zalążkiem zęba i przechodzi w torbielak.

W przeciwieństwie do miąższu podścielisko jest mało charakterystyczne: stanowi je uboga w komórki zbita tkanka łączna, miejscami włóknista. Włókna jej, w formie regularnych pęczków, wnikają w ogniska nabłonkowe i zawierają często naczynia, jak w brodawce zębowej. W podścielisku ułożone są torbiele nabłonkowe. Miejscami podścielisko na granicy ognisk nabłonkowych wyglądem swym przypomina zupełnie młodą zarodkową tkankę łączną, zbliżoną do miazgi zęba. Wokoło ognisk t. j. zewnętrznego brzegu warstwy cylindrycznej i przylegającej do niej wiotkiej tkanki łącznej, znajduje się szeroka jednorodna obwódka, mocno załamująca światło, która w młodych szkliwiakach barwi się Van Giesonem na żółto—w dojrzałych na czerwono. Ta jednorodna masa szklista jest produktem nabłonkowym, złączonym z przylegającemi włóknami podścieliska. Porównawczo odpowiada ona blaszce, poprzedzającej zębinę *membrana praeformativa Raschkie'go*, której cechy barwienia są również zmienne: z początku nie barwi się barwnikami protoplazmatycznemi, w późniejszych jednak stadjach barwi się temi barwnikami bardzo silnie.

Do nader interesujących i niezwykłych należą następujące, obserwacje: Łukomsky nieraz widział w miąższu guza twory, zbliżone do perełek nabłonkowych z komórek, zlewających się z sobą i barwiących się intensywnie hematoksyliną, (na co również zwraca uwagę Benecke w swej dysertacji).

Petrick, Bakay i Blum znaleźli w jednym szkliwiaku podścielisko o charakterze zarodkowym, o dużej ilości plazmatycznych komórek. W tym samym Blum znalazł też zbitą tkankę łączną. Petrick znalazł w podścielisku szkliwiaka przestrzeń, ubogą w elementy nabłonkowe, miejscami przypominającą okrągłokomórkowy mięsak, miejscami włókniakomięsak. W miejscach, gdzie tkanka łączna posiada charakter zarodkowy, spostrzegł on olbrzymie komórki o jednorodnej albo drobnoziarnistej zarodzi. Dużo takich komórek znalazł on w ogniskach nabłonkowych i nazwał je lipoidalnemi, zaliczając je do pseudoksantomatycznych.

Esch w drugim przypadku opisuje szczególne właściwości guza. Na obwodzie ognisk nabłonkowych znalazł on brodawkową budowę. Górna warstwa komórek wielowarstwowego nabłonka płaskiego tych brodawek składała się z wysokich komórek o bladozabarwionej zarodzi, przypominających kubkowe komórki.

Alberran[1]) w jednym przypadku znalazł w oczkach, przeważnie w pobliżu naczyń, małe pojedyńcze wysepki limfocytów i plazmatycznych komórek.

Nierzadkie są przypadki szkliwiaków mieszanych: Krompecher opisuje jeden mieszany z mięsakiem. Kaufman w przypadku recydywy szkliwiaka znalazł podobieństwo do raka.

W celu klinicznego odróżnienia szkliwiaka od dziąślaków, włókniaków i mięsaków szczęki, Łukomsky posługuje się następującemi cechami guzów:

Przy dziąślakach znajdujemy, w następstwie chorobowych zmian ozębnej, jeden lub więcej rozchwianych zębów.

Przy włókniakach i mięsakach, rząd zębów zdaje się być pochylonym, jakby przemieszczonym wskutek ucisku guza na koronki zębów.

Przy szkliwiakach i pokrewnych guzach, które się umiejscawiają w środku szczęk, zęby siedzą mocno i na miejscu.

Leczenie szkliwiaka polega na doszczętnem wyłuszczeniu guza i wycięciu szczęki i następnie rentgenoterapji. Wczesna i radykalna interwencja chirurgiczna chroni od nawrotu.

W czerwcu roku 1926 na oddz. II-i (ord. dr. Wertheim) zgłosił się mężczyzna 26-letni z guzem szczęki górnej. Karta choroby brzmi: A. G. lat 26 przybył z Piątnicy z. Łomżyńskiej, operowany 17-VII. Resectio maxill. sup. sin. sarcoma. Chory przed rokiem zauważył bezbolesne stwardnienie w obrębie siódmego zębodołu (ząb usunięty), które się stopniowo zwiększało, a od dwuch miesięcy wypukla się poprzez policzek. Chorób żadnych nie przechodził. Odżywianie dostateczne, budowa normalna. W płucach, sercu i narządach jamy brzusznej żadnych nienormalności nie znaleziono. Tętno i ciepłota normalne. Teren górnej lewej szczęki zajmuje guz wielkości mandarynki o gładkiej powierzchni, błona śluzowa nad guzem niezmieniona. 13.VIII wypisany, zdrów bez protezy. Materjał pooperacyjny składał się z lewej górnej szczęki i guza. Uzębienie |1.2.3.4.5.6.8 brak siódmego zęba. Od góry z tyłu i z zewnątrz, począwszy od 8 do 4 zęba, wrastał guz wielkości pięści dziecka. Zewnętrzna ściana jamy szczękowej była zniszczona aż do wyrostka zębodołowego. Zniszczenie obejmowało tylną część wyrostka podniebiennego do 4 zęba. Tylna część sklepienia podniebiennego, począwszy od 5 zęba, uwypukla się kulisto, wyraźnie odgraniczając się od reszty podniebienia. Lewa połowa kości podniebiennej była nienaruszona. W okolicy 3 trzonowca w wyrostku

---

[1]) Zit. Pinkus Langenb. Arch. Bd. 72. S. 995.

zębodołowym widać było torbiel wielkości i kształtu korzenia zęba, zwróconego podstawą do kości podniebiennej. Podobne trzy twory tegoż rozmiaru znajdowały się w wyrostku zębodołowym między 2-im a 3-im trzonowcem. Guz na przekroju białoszarawy, dość spoisty, tuż ponad wyrostkiem pokryty śluzówką dziąsła, tworzącą pochewkę, spojoną ściśle z nowotworem; powyżej zaś otoczony resztkami mięśni twarzy, których nie przerastał.

Mikroskopowo guz składał się z dwuch części, bardzo wyraźnie oddzielonych: z nabłonkowej — właściwie nowotworowej i podścieliska.

Elementy nowotworowe nabłonkowe tworzą ogniska bardzo wyraźnie odgraniczone od otoczenia, które według swej wielkości i kształtu dadzą się podzielić na trzy typy ognisk. (Rys. 1). Ogniska najmniejsze składają się z niewielkiej ilości, z kilku lub kilkunastu komórek, przeważnie cylindrycznych lub wielokątnych o skąpej ciemno się barwiącej (bazochłonnej) zarodzi i o dość dużych przeważnie owalnych jądrach. Znaczna część tych najmniejszych ognisk leży luzem wśród podścieliska łącznotkankowego, nienacechowanego żadnemi charakterystycznemi szczegółami. Duża część tych najmniejszych ognisk jest otoczona przez dość grubą, prawie jednorodną otoczkę o charakterze tkanki łącznej szklisto zmienionej, barwiącej się Van Giesonem jaskrawoczerwono. W nieco większych ogniskach, otoczka ta występuje prawie stale, przyczem w niektórych ma jeszcze charakter włóknistej tkanki łącznej z wrzecionowatemi jądrami i przebiega w postaci okrężnych wąskich pasm. Zmiany szkliste zaczynają się w ogniskach najbardziej wewnętrznych, a więc bezpośrednio stykających się z elementami nabłonkowemi. W tych nieco większych ogniskach dość często występuje już różnica pomiędzy komórkami, położonemi na obwodzie i w środku Na obwodzie leżą komórki przeważnie walcowate, o zarodzi gruboziarnistej, o jądrze przeważnie owalnem, ciemnem, leżącem pośrodku komórki. W niektórych z tych ognisk zarodź jasna lub wcale niezabarwiona, a jądra ich się znajdują pod dośrodkową granicą komórki. Komórki środkowe tworzą przeważnie masę siateczkowatą z rozrzuconemi jądrami, a gdzieniegdzie zachowują charakter, jak w części obwodowej (przekrój styczny przez ogniska nowotworowe). W środku większe komórki posiadają zarodź, niebarwiącą się już zupełnie, o zarysach okrągłych lub wielokątnych, w każdym razie o wiele większych od komórek obwodowych.

Nieraz dookoła jądra, zarodź jest nieco ciemniejsza, jakby ziarnista. Wszystkie te komórki leżą bardzo blisko obok siebie,

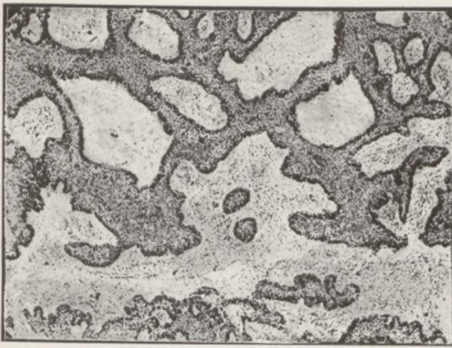
stale powiększając się ku środkowi, jakgdyby pęczniały. Istota międzykomórkowa skąpa, tylko gdzieniegdzie widoczna, jądra są rozrzucone nieregularnie w różnych częściach zarodzi, zarysy jąder są tu również mniej regularne, aczkolwiek i tu dość często są owalne. Zresztą widać tu jądra okrągłe, pałeczkowate lub wielokątne, przeważnie jednak barwiące się o wiele słabiej, aniżeli jądra na obwodzie. Te centralne komórki, pęczniejąc, zlewają się z sobą i tworzą coraz to większe niebarwiące się przestrzenie, w których widać pojedyńcze jądra i bardzo delikatne włókienka, jakgdyby wypustki, przebiegające od jednych komórek do drugich. W ten sposób centralne komórki nabierają charakter gwiazdkowaty, a cała centralna część ognisk robi wrażenie siateczki z rozrzuconemi w niej bezładnie jądrami. W tych centralnych częściach widać często ziarniste resztki zarodzi oraz skurczone drobne jądra, względnie ich części. Już w tych małych ogniskach następuje dość często tworzenie się drobnych torbieli.

Ogniska średniej wielkości są przeważnie okrągłe lub owalne chociaż często posiadają zarysy nieregularne. Budowa ich odpowiada mniej więcej budowie ognisk małych, z tą różnicą, że występują w nich więcej i w większych rozmiarach zlewania się komórek, rozpad oraz powstawanie drobnych torbielek w części środkowej.

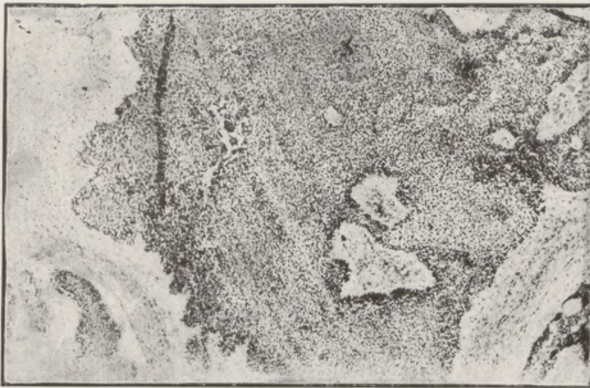
Duże ogniska posiadają kształty najróżnorodniejsze i tworzą cały szereg wypustek, którym towarzyszy zawsze oś łącznotkankowa z przebiegającemi w niej często naczynkami i znów powtarza się w nich dość wyraźnie podział na część obwodową i centralną ze szczegółami, poprzednio opisanemi. Tu jednak powstają już prawdziwe torbiele, często wysłane nabłonkiem walcowatym kilkuwarstwowym, tak, iż budowa dużego ogniska, idąc od obwodu do środka, często ma schemat następujący:

1) ciemne komórki walcowate,
2) siateczka z komórkami gwiazdkowatemi,
3) kilka warstw komórek walcowatych,
4) torbiel.

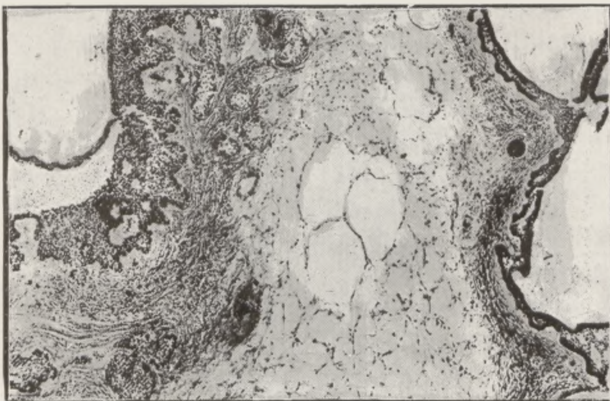
Dość często torbiele są tak duże, że granice ich sięgają obwodu ogniska, a pierwsza warstwa komórek walcowatych stanowi ścianę torbieli. Przeważnie w tych dużych ogniskach widać po kilka lub kilkanaście torbieli różnych wielkości. Niektóre z tych torbieli są ograniczone płaskim nabłonkiem, którego komórki wraz z jądrami są ustawione i wydłużone w kierunku równoległym do obwodu; w ogniskach tych szczególnie dobrze widać siateczkową warstwę z komórkami gwiazdko-



Rys. 1.



Rys. 2.
Ognisko rogowacenia w guzie.



Rys. 3.
Zmiany w podścielisku guza.

Do pracy lek.-dent. J. Gombińskiego
„O szkliwiakach górnej szczęki".

wemi i postępujące od obwodu do środka zlewanie się oraz rozpad komórek. Światło torbieli dość często puste, przeważnie jednak wypełnione ziarnistą rozpadłą masą lub jednorodną skrzepłą zawartością z domieszką krwi. Torbiele te są tak stałem zjawiskiem, że nie stwierdzono ani jednego większego ogniska, w któremby one nie występowały. Z drugiej jednak strony spotykają się pojedyncze ogniska, w których zróżnicowanie komórek na warstwy obwodową i środkową nie jest tak wyraźne. Torbiele powstają pomiędzy komórkami typu pośredniego, zbliżonego zawsze do obwodowych. W niektórych miejscach wewnątrz ognisk, zarodź kilku lub kilkunastu komórek barwi się mocno eozyną, jądra stają się rzadsze, występuje kometryczne nawarstwianie jednorodnej substancji i powstają pola, przypominające procesy rogowacenia w nabłonku płaskim. (Rys. 2).

Podścielisko jest zbudowane z tkanki łącznej klejodajnej i barwiącej się Van Giesonem jaskrawoczerwono. Pasma jej przebiegają w najrozmaitszym kierunku, przeważnie jednak dookoła ognisk nabłonkowych, i układają się okrężnie, przyczem warstwa, bezpośrednio przylegająca do elementów nabłonkowych, często nie zawiera wcale jąder i jest szklisto zmieniona. Nieraz w otoczeniu dużych ognisk, tkanka podścieliskowa nie barwi się Van Giesonem i ma charakter tkanki łącznej zarodkowej. W pojedyńczych ogniskach warstwy obwodowe elementów nabłonkowych zmieniają swój charakter: granica pomiędzy niemi i podścieliskiem zaciera się i odnosi się wrażenie, że jedne z drugiemi pozostają w łączności. Gdzieniegdzie podścielisko jest bardzo zbite z rzadko rozrzuconemi jądrami, miejscami natomiast rozluźnia się ono bardzo znacznie, przybierając charakter tkanki śluzakowatej (nie dającej jednak odczynu na śluz). W kilku miejscach elementy podścieliskowe są tak rozsunięte, że pomiędzy niemi powstają duże puste przestrzenie, wysłane podłużnemi komórkami o jądrach wrzecionowatych. (Rys. 3). Dość często bezpośrednio w podścielisku występują małe torbiele, wypełnione skrzepłą zawartością i wysłane podłużnemi komórkami o jądrach wrzecionowatych lub owalnych, w każdym razie bardziej zbliżonych do jąder podścieliska. Te ostatnie części mają charakter raczej tkanek zarodkowych. Gdzieniegdzie w podścielisku są rozrzucone pojedyncze dość rzadkie skupienia limfocytów. Niektóre z ognisk nowotworowych są otoczone większem skupieniem limfocytów i komórek plazmatycznych. Podścielisko jest naogół nieźle unaczynione. Obok dużych, dość dobrze rozwiniętych naczyń, których jest niewiele, widać cały szereg drobnych naczyń włosowatych. Na obwodzie ognisk, tkanka podścieliskowa daje

nieraz odczyn na śluz (z mucikarminem), taki odczyn występuje nieraz i wewnątrz ognisk w okolicy już powstałych lub tworzących się dopiero torbieli. Zresztą i w innych miejscach, a szczególnie tam, gdzie podścielisko posiada charakter tkanki zarodkowej, występuje nieraz tenże odczyn z mucikarminem. Wewnątrz ognisk nowotworowych w warstwach środkowych występuje tłuszcz w postaci, drobnych kuleczek, leżących śród i zewnątrzkomórkowo. W kilku miejscach tłuszcz zjawia się już na obwodzie. Dość duże skupienia tłuszczu występują w podścielisku, szczególnie w sąsiedztwie tych ognisk nabłonkowych, w których tłuszcz występował również w większej ilości. Poza tem w podścielisku widać niewielkie wylewy krwotoczne oraz złogi hemosyderyny.

Przypadek powyższy, ze względu na przebieg kliniczny, wygląd makroskopowy i budowę mikroskopową, nie budził żadnych wątpliwości co do swego charakteru. Mieliśmy obraz typowego szkliwiaka szczęki górnej. Przedewszystkiem podkreślić należy rzadkość występowania tych nowotworów w szczęce górnej.

Na 70 przypadków szkliwiaków, opisanych przez Krompechera, Wintera, Łukomsky'ego, Bluma, Escha, Cieszyńskiego, Haüpla, Risaka, Hornowskiego i Angerera, 6 z nich znaleziono w szczęce górnej. Ta rzadkość umiejscowienia, a raczej częstość występowania w żuchwie, jest prawdopodobnie zależną od szerszych możliwości, jakie przedstawia żuchwa pod względem zaburzeń rozwojowych w postaci przemieszczenia elementów nabłonkowych, rozrastających się tu na ograniczonej stosunkowo przestrzeni. W górnej szczęce natomiast, gdzie przestrzeń, pokryta nabłonkiem, jest znacznie większa, dzięki obecności jam szczękowych, możliwości te są mniejsze. Ciekawem również w naszym przypadku było stwierdzenie w ogniskach nabłonkowych obrazów, przypominających procesy rogowacenia — cecha taka często podawana, jako charakterystyczna dla szkliwiaków, a jednocześnie tak rzadko opisywana w monografjach innych autorów.

Podkreślić nareszcie należy występowanie elementów o charakterze śluzakowatym, dających nieraz typowy odczyn na śluz.

Geneza szkliwiaków jest naogół dość jasna. Mówiliśmy o niej na początku. Należy jednak oczekiwać jeszcze bliższego wyjaśnienia rzadkości występowania ich w szczęce górnej, co zostanie umożliwionem dopiero po skrzętnem gromadzeniu materjału kazuistycznego, w postaci podobnych do naszego przypadków.

PIŚMIENNICTWO.

1. **Ahrens.** D. Zahnheilk. 1920.
2. **Angerer.** Beitra gz. Kentnisd. Adamantin. Arch. f. klin. Chir. 144—1927. s. 441.
3. **Aschof.** Pathol. Anatom. 4 Aufl. 1919.
4. **Blum.** Drei Fälle f. Adamantin. cysticum—Zeitschr. f. Stom. H. 10. 1926.
5. **Bakay.** Berlin klin. Wochschr. 1919.
6. **Cieszyński.** Leczenie promien. Roentgena w stomatol. Polska Dentystyka Nr. 5, 6. 1927.
7. **Esch.** 1) Über ein Adamantin. d. Oberk. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankheit. d. ober. Luftwege Bd. 81. H. 3.
   2) Über ein zweit. Adamantin d. Oberkief. mit selten. histolog. Besonderhert. Bd. 7 H. 4. 1924
8. **Fischer.** Frankf. Zeitschr. f. Pathol. 1913.
9. **Haüpl** Beitr. z. Pathol. d. Adamantin. Z. f. Stomat 1925. H. 5.
10. **Herbst.** Die Kieferzyst. m. morphol. u. genet. Gesichtsp. Zahnärztl. Rundsch. Nr. 46, 47. 1926.
11. **Kaufman.** Lehrb. d. spec. pathol. Anatomie 1922 i. s. 457, 460 t. 11. s. 1513.
12. **Kuru.** Über d. Adamantin. Zentral blat f. Pathol. Bd. 22. S. 291.
13. **Krompecher.** Zur Histogen. u. s. w. d. Adamantin. Ziegl. Beitr. Bd. 63, 64. 1918.
14. **Łukomski.** Arch. f. klin. Chir. Nr. 135. 1925.
15. **Miller.** Brun. Beitr. z. klin. Chir. 1920.
16. **Orth.** Pathol. anat. Diagnostik. 1917.
17. **Oestreich.** Patol. anat. Praktik. 1921.
18. **Pichler.** Die konserw. Behandl. d. Adamantin. Arch. f. klin. Chir. Nr. 140. 1926.
19. **Partsch.** Handb. d. Zahnheilk. 1917.
20. **Ribbert.** Lehrb. d. algem. Pathol u. d. pathol. Anatomie 1921.
21. **Ruff i Hornowski.** Dwa przypadki szkliwiaka żuchwy. Lwów. Przegl. chir. i gin. 1912.
22. **Risak.** Über d. cyst. Adamantin. f. klin. Chir. 144, 1927S. 441.
23. **Schmidt.** D. Monatschr. f. Zahnheilk. 1917.
24. **Strumpf.** Z. Kentnis. d. Adamantin. Zentbl. f. Pathol. Bd. 21.
25. **Siegmund u. Weber.** Patol. Histol. d. Mundhöhle 1926 s. 249.

26. **Siedlecka Anna.** Rzadki nowotwór mieszany. (Zakł. anat. patol. Uniw. Warsz.).
27. **Teutschländer.** Virchows. Arch f. anat. Pathol. u. Phisjol. 1914.
28. **Thomas Art.** Buletin du Cancer v. 15, Nr. IX, Decembre 1926.
29. **Weissenfeld.** Vierteljahrschr. f. Zahnheilk. 1922.
30. **Winter.** Arch. f. klin. Chir. Nr. 122. 1922. S. 567.

ZUSAMMENFASSUNG.

Das Adamantinom, eine Neubildung, die auf Grund von Entwicklungsstörungen entsteht, besitzt einen Bau, ähnlich dem des Schmelzorganes zur Zeit der embryonalen Entwicklung.

Das Adamantinom ist eine gutartige Geschwulst, ein „Hamartoblastom", entwickelt sich im Kiefer, bez. im Alveolarfortsatz, wächst langsam und macht keine Metastasen. Unter dem Einflusse eines Reizes wächst es manchmal expansiv und recidiviert bösartig, Das Adamantinom ist in seinem Anfangsstadium solid (Adamantinoma solidum), wandelt sich aber später infolge regressiver Veränderungen in einen cystischen Tumor um (Adamantinoma cysticum). Es besitzt eine ziemlich harte Konsistentz. Die Zähne im Umkreis des Tumars sitzen unverändert in ihrer Fassung. Die knöchernen Wände des Kiefers sind atrophisch, die Substantia spongiosa aufgelockert.

Histologisch lassen sich 2 Bestandteile unterscheiden:

Ein epitheliales Parenchym und ein bindegewebiges Stroma. Eine genaue Statistik der Adamantinome ist nicht bekannt. Von den 70 Adamantinomen, welche Angerer, Blum, Cieszyński, Esch Hornowski, Haupl, Krompecher, Łukomsky, Risak und Winter beschrieben haben, hatten nur 6 ihren Sitz im Oberkiefer.

Der im Spital na Czystem, beobachtete Fall war ein typisches Adamantinom des Oberkiefers. In histologischen Präparaten wurden festgestellt. Iinnerhalb von Epithelherden Bilder, die an Verhornung erinnerten, sovie im Stroma Elemente von schleimigen Charakter, welche die typische Reaktion auf Schleim gaben.

Die Therapie in dem erwähnten Falle bestand in der Resektion des Kiefers mit nachfolgender Röntgenbehandlung.

Z KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO.
(Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Krzyształowicz).
Dr. med. ADAM STRASZYNSKI,
asystent kliniki.[1])

Sposób wykonywania odlewów woskowych (moulages).

Zdolność spostrzegania zapomocą zmysłu wzroku zajmuje w dermatologji pierwsze miejsce i doświadczenie uczy, że nawet bardzo szczegółowe i obrazowe opisy zmian postaciowych skórnych, a nawet ich zwyczajna, albo barwna fotograja lub barwny rysunek, nie są w stanie zastąpić bezpośrednich pokazów przypadków klinicznych.

Odlewy woskowe (*moulages*) naśladują najwierniej naturalny obraz zmian w skórze, to też większe, zwłaszcza zagraniczne, szpitale, kliniki uniwersyteckie, a nawet prywatne, posiadają bogate zbiory odlewów woskowych chorób skórnych i wenerycznych w postaciach banalnych, jakoteż przypadków rzadkich i odbiegających od zwyczajnego typu. Nie potrzeba bowiem dodawać, że odlewy woskowe mają wielkie znaczenie przedewszystkiem dydaktyczne i naukowe, a także społeczne w zwalczaniu chorób wenerycznych wśród szerszych warstw społeczeństwa.

Wykonywaniem odlewów woskowych zajmowali się przeważnie ludzie, nieposiadający wykształcenia lekarskiego, tracąc wiele czasu nie tylko na opanowanie technicznej strony wykonywania, ale także na nauczenie się dokładnego, fachowego spostrzegania drobiazgowych szczegółów wykwitów skórnych. To też, gdy posiedli już tę umiejętność, uważali ją za swój monopol i strzegli pilnie tej tajemnicy. Np. słynny mulażysta Włoch, B a r e t t a, którego nadzwyczajne odlewy podziwia się w szpitalu św. Ludwika w Paryżu, nie chciał zdradzić nawet składu masy, z której sporządzał odlewy. Z powodu tych technicznych i fachowych trudności, a głównie z powodu strzeżenia tajemnicy wykonywania odlewów, niewielka na ogół była ilość tych zawodowych mulażystów; z wybitniejszych wymienić można między innemi: B a r e t t ę we Francji, F i w e j s k i e g o w Rosji i K a s t e n a w Niemczech.

[1]) Przedruk z Przeglądu Dermatologicznego Nr. 2— 1927.

Oceniając należycie znaczenie odlewów woskowych w dermatologji, nakłonił prof. L a s s a r mulażystę swej kliniki, Kastena, do prowadzenia specjalnych kursów wykonywania odlewów dla lekarzy-dermatologów i od tego czasu dopiero zaczęli się zajmować tą sztuką niektórzy lekarze.

Jednym z pierwszych lekarzy, któremu po całych latach prób udało się posiąść tę sztukę, był lekarz wiedeński Karol Henning; założył on w r. 1892 instytut wykonywania mulaży przy uniwersytecie wiedeńskim i został zamianowany jego kierownikiem (zbiory odlewów H e n n i n g a znajdują się przeważnie w uniwersyteckich klinikach wiedeńskich i małopolskich). Po śmierci K. H e n n i n g a, syn jego i współpracownik, Teodor H e n n i n g, założył istniejącą do obecnych czasów wytwórnię odlewów woskowych i protez twarzowych we Wiedniu (Mariannengasse 12), przy której istnieje również muzeum rzadkich odlewów.

Z czasem zaczęli próbować swych sił na tem polu także inni lekarze, a oceniając należycie znaczenie odlewów dla nauki, nie wahali się wcale w piśmiennictwie lekarskiem podawać wiadomości o sposobach ich wykonywania. W r. 1907 ukazała się pierwsza praca wogóle z tej dziedziny, ogłoszona przez P h o t i n o s a[1]), z Aten; również w tym samym roku wyszła polska praca o odlewach, ogłoszona przez M a h l a[2]) (młodszego), który zajmował się wykonywaniem odlewów w klinice śp. prof. Ł u k a s i e w i c z a we Lwowie; wreszcie podobną, obszerną pracę ogłosił w r. 1908 V e r e s s[3]). z Budapesztu.

Wszyscy ci autorowie odsłaniają w swych pracach tajniki wykonywania odlewów i przyznają, że do ich poznania musieli dochodzić sami, po pracy i wysiłkach, tworząc szereg własnych sposobów. V e r e s s np. rozbierał po kawałku przywieziony z Paryża mulaż Baretty, chcąc w ten sposób odkryć tajemnicę wykonywania.

Wykorzystując fachowe doświadczenie w tym kierunku wspomnianych wyżej autorów, przystąpiłem na podstawie ich prac do pierwszych prób wykonywania odlewów. Pierwszy odlew nadspodziewanie udany, zachęcił mnie do dalszych prac, które były coraz lepsze, ale zarazem przekonały mnie, że do niektórych szczegółów w dalszych pracach, muszę dojść własnym pomysłem. Przy każdej nowej odtwarzanej zmianie chorobowej skórnej, musiałem szukać nowych sposobów, któreby mi umożliwiły oddać jak najwierniej zmiany postaciowe. Z czasem udało mi się dojść własnym pomysłem do niektórych prostych sposobów, pozwalających w sposób łatwy odtwarzać zmiany chorobowe, łudząco podobne do naturalnych, o czem

zaświadczyły pokazy kilku odlewów, wykonanych przezemnie, które miałem sposobność przedstawić na II-em dorocznem zebraniu Polsk. Tow. Dermatologicznego w r. 1923 we Lwowie[4]) Już w następnym roku (III-cie doroczne zebranie P. T. D. w Krakowie) przedstawił kol. J. Alkiewicz[5]) bardzo udane odlewy, wykonane przez siebie w klinice prof. Karwowskiego w Poznaniu, a w r. 1926 ogłosił treściwy artykuł o wykonywaniu odlewów[6]).

Posiadając obecnie większe doświadczenie w tym kierunku i szereg sposobów odtwarzania szczegółów na odlewach własnego pomysłu, przystępuję do treściwego opisu wszystkich szczegółów postępowania przy wykonywaniu odlewów — uważając, że każdy z kolegów dermatologów, który ma skromne nawet zdolności w tym kierunku, znajdzie w tym artykule wyczerpujące wskazówki i będzie mógł z łatwością opanować tę sztukę z pożytkiem dla siebie i dla zakładu, w którym pracuje.

Sposób postępowania przy sporządzaniu odlewów woskowych polega na wykonaniu formy gipsowej (negatywu), do której wlewa się roztopioną w łaźni wodnej mieszaninę wosku białego, parafiny i stearyny i tym sposobem uzyskuje się odlew woskowy (pozytyw) obranej części skóry, zajętej daną zmianą chorobową. W końcu wykonywa się najważniejszą i najtrudniejszą część postępowania t. j. malowanie odlewu woskowego i odtwarzanie na nim zmian chorobowych.

I. Sposób postępowania podczas sporządzania formy gipsowej.

Przybory:

1. Gips (t. zw. alabastrowy) bardzo miałki i czysty przechować należy w suchem miejscu, najlepiej w zamkniętych kamiennych lub glinianych naczyniach.

2. Miska porcelanowa, o zawartości 300—500 gr. w której rozrabia się papkę gipsową.

3. Łyżka (drewniana lub porcelanowa) do mieszania papki gipsowej.

Wykonywanie formy gipsowej:

Chorego należy wygodnie położyć lub usadzić, obraną część skóry ustawić poziomo i unieruchomić i obłożyć ze wszystkich stron mokremi ręcznikami. Jeżeli skóra jest gęsto uwłosiona, należy ją zwilżyć (ręką!) oliwą lub przykryć cieniutką bibułką, pomazaną z obu stron oliwą lub wazeliną (brwi, rzęsy). Mniej owłosionych lub bezwłosych miejsc skóry najlepiej

wcale nie natłuszczać, gdyż natłuszczone miejsca nie uwydatniają tak dokładnie wszystkich zarysów skóry w gipsie.

Przy odlewaniu rozmaitych części skóry należy zawsze uważać, aby dana powierzchnia skóry leżała zupełnie poziomo i ku górze. Chcąc wykonać odlew twarzy, należy przygotować duży karton, wyciąć w nim otwór, odpowiadający zarysom partji, która ma być odlana. Wszelkie szpary między twarzą a otworem kartonu wypełnić należy dokładnie mokremi ściereczkami lub watą, pomazaną wazeliną. Brwi i rzęsy pomazać oliwą lub wazeliną i pokryć je cienką bibułką, natłuszczając ją również, z wierzchu; pozostałe owłosienie części skóry twarzy również dobrze natłuścić. W otwory uszu wetknąć natłuszczoną watę, a w otwory nosowe wprowadzić dwie rurki gumowe lub kartonowe części gilz papierosowych, dla umożliwienia choremu swobodnego oddychania podczas pokrycia twarzy papką gipsową.

Odlewanie pewnych części ciała w całości (głowa, ręka, stopa) jest dość trudne i wymaga pewnej zręczności. Układa się wtedy na skórze dobrze naoliwione mocne jedwabne nitki któremi później przecina się formę gipsową przed zupełnem jej skamienieniem.

Natychmiast po wykonaniu formy gipsowej, należy daną partję skóry obmyć ciepłą wodą i mydłem i przypudrować

Mając w ten sposób dokładnie przygotowanego chorego, przyrządzić należy papkę gipsową. Do miski porcelanowej wlać letnią wodę i wsypywać do niej gips łyżką tak długo, aż zacznie on wystawać nieco nad powierzchnię wody. Po dokładnem zamieszaniu gipsu, należy szybko i równomiernie rozlać papkę gipsową na przygotowane do odlania miejsce skóry tak, aby odrazu zalać je w zupełności. Dobrze jest silnie dmuchnąć na tę pierwszą warstwę papki gipsowej, poczem nalać na nią drugą grubą warstwę. Choremu należy teraz zalecić zupełny spokój a gdy gips w zupełności skamienieje (po 10 — 20 minutach), należy formę gipsową ostrożnie zdjąć.

Jeżeli w gotowej formie gipsowej zauważy się jakieś nie dokładności lub braki, należy je ile możności starannie gipsem uzupełnić. Odlewając twarz, należy ostrożnie wyjąć z otworów nosowych gumowe rurki lub gilzy, otwory po nich zalepić gipsem i usadzić w tych miejscach dwa, odpowiadające później otworom nosowym, wzgórki z gipsu. Jeżeli w formie gipsowej znajdą się wyrwane skóry włosy, nie należy ich usuwać, gdyż często wyciąga je i wszczepia w siebie późniejszy odlew woskowy, przez co obraz zyskuje tylko na naturze.

W ten sposób wykończoną formę gipsową należy odłożyć

w bezpieczne miejsce i, jeżeli potrzeba, zachować, gdyż służyć ona może do wyrobu całego szeregu tych samych mulaży.

II. Wykonywanie odlewu woskowego.

Przybory:

1. Łaźnia wodna.

2. Naczynie emaljowane do topienia masy woskowej i pałeczka szklana do mieszania.

3. Masa woskowa, której skład otaczany jest dotąd tajemnicą. Osobiście używam mieszaniny wosku białego, parafiny i stearyny w składzie, podanym przez Mahla (z pewną zmianą), do której dodaję po jej roztopieniu również uprzednio w próbówce roztopionego krystalicznego octanu ołowiu, dla nadania masie większej wagi i stałości.

Skład masy woskowej jest następujący:

Wosku białego (t. zw. japońskiego) .	150 gr.
Parafiny	30 „
Stearyny	20 „

Po roztopieniu tej mieszaniny na łaźni wodnej, dodać do niej należy 6 gr. roztopionego w próbówce nad płomieniem octanu ołowiu; można ją również podbarwić na kolor skóry przez dodanie nieco farby olejnej karminowej i brunatnej (nie jest to jednak konieczne — patrz niżej).

Wykonywanie odlewu woskowego.

Przygotowaną przedtem formę gipsową włożyć należy na kilka minut do ciepłej wody (40° C), powierzchnią wewnętrzną do góry — a w międzyczasie na łaźni wodnej roztopić masę woskową (uważać, aby się nie zagotowała!).

Wyjąwszy teraz formę gipsową z wody (forma powinna być lekko wilgotna), otoczyć należy brzegi formy mokremi chustami lub lepiej wałem z kitu lub plasteliny dla uniknięcia wylewania się płynnej masy woskowej.

Formę wziąć w lewą rękę, a naczynie z roztopioną masą woskową w prawą i szybko wlać do formy pewną ilość płynnej masy, natychmiast naczynie z masą odstawić i, ująwszy formę w obie ręce, kołysać nią lekko, uważając, aby masa woskowa pokryła równomiernie cienką warstwą (1—1,50 milimetra) całe wnętrze formy gipsowej, poczem należy odwrócić formę na bok i wylać z niej resztkę płynnego wosku.

Po zastygnięciu warstwy woskowej, należy włożyć całą formę do wody letniej, potem do zimnej, w której warstwą woskowa sama odstanie od gipsu. Wreszcie należy odlew wos-

kowy ostrożnie z formy gipsowej wyjąć, a po wyschnięciu wzmocnić go na brzegach przez nałożenie grubszej warstwy płynnej masy woskowej zapomocą szerokiego pędzla.

III. Odtwarzanie zmian chorobowych na odlewie woskowym.

Następuje teraz najtrudniejsza część postępowania. Mając chorego przez cały czas przed sobą w dobrem oświetleniu dziennem, należy starać się z największą dokładnością za pomocą farb i innych środków odtwarzać na odlewie wszelkie szczegóły zmian w skórze. Ponieważ wejrzenie zmian w skórze może ulegać postaciowo szybkim zmianom, należy jednego dnia przygotować formę gipsową i odlew woskowy, a na drugi dzień wykończyć odlew woskowy w zupełności.

Przybory:

1. F a r b y olejne lub t. zw. „tempera" w następujących odmianach barwnych:
  — biel kremska,
  — żółta chromowa jasna,
  — zieleń cynobrowa jasna,
  — ultramaryna jasna,
  — sjena palona,
  — karmin,
  — cynober,
  — czerń słoniowa,
  — błękit pruski.

Olejne farby należy rozcieńczać terpentyną, „tempera" zaś wodą.

2. P ę d z l e o miękim włosie, różnej wielkości (oddzielne dla farb olejnych i „tempera").

3. M i s e c z k i p o r c e l a n o w e do rozrabiania farb.

4. Ł y ż e c z k i o s t r e (chirurgiczne) różnej wielkości do wyskrobywania odlewu woskowego od spodu, dla uzyskania bardzo cienkiej warstwy w pewnych miejscach.

5. Lakier spirytusowy (jasny) lub pokost.

Podbarwianie odlewów woskowych od spodu.

Najłatwiej otrzymać można naturalny obraz zmian przez wykonanie bardzo cienkich odlewów woskowych i przez podmalowywanie ich od spodu. Samej masy woskowej lepiej wcale nie zabarwiać na kolor skóry, gdyż uzyskać to można przez podmalowanie cienkiego odlewu na całej jego wewnętrznej powierzchni mieszaniną rozcieńczonej sjeny palonej i karminu. W okolicy stawów palców podłożyć należy od spodu nieco farby karminowej, a pod paznokcie mieszaninę karminu z błęki-

tem pruskim. Czerwona obwódka poszczególnych wykwitów powstanie przez podłożenie w tych miejscach czystego karminu, jaskrawe rumieńce przez mieszaninę karminu z cynobrem, guzki kiłowe przez połączenie karminu z sjeną paloną; przebieg żył zaznacza się rozcieńczonym błękitem pruskim, siność skóry podmalowaniem mieszaniną błękitu pruskiego i karminu i t. d. Nie podobna podać tu wszystkich sposobów podmalowywania i mieszania farb, gdyż do tego musi się dojść własnem doświadczeniem, o ile naturalnie posiada się odpowiednio wyrobione poczucie barw.

Po ukończeniu malowania odlewu od spodu, należy po wyschnięciu farby wypełnić go prasowaną watą drzewną lub lepiej włożyć odlew z powrotem dokładnie do formy gipsowej, obłożyć jej brzegi kitem lub plasteliną i zalać wewnętrzną pomalowaną powierzchnię odlewu grubszą warstwą płynnej (nie bardzo gorącej!) masy woskowej. Teraz dopiero przystąpić należy do odtwarzania szczegółów na powierzchni.

Odtwarzanie zmian na powierzchni odlewu woskowego.

Na wstępie podam niektóre sposoby postępowania mego własnego pomysłu, przy użyciu których można bardzo łatwo odtwarzać zmiany skórne, łudząco podobne do naturalnych:

— drobne złuszczanie się naskórka naśladuję otrębami, układając je na odlewie, pomazanym przedtem terpentyną.

— strupy liszajcowate odtwarzam kruszynką chleba, odpowiednio podbarwioną i napojoną pastą przylepcową „syndetikon". Tą samą pastą imituję zaschniętą wydzielinę surowiczą.

— Większe pęcherzyki i duże pęcherze udało mi się odtworzyć w sposób następujący: wymodelowane z plasteliny, odpowiadające kształtom pęcherzy półkuliste wzgórki, usadzone na szkle, polewam gęstą celoidyną (używaną w histologji) lub żelatyną, a po zaschnięciu ostrożnie zdejmuję otrzymane pęcherze z celoidyny i przyklejam do powierzchni odlewu. Dla uzyskania pęcherzy o treści ropnej lub mętnej, podmalowuję wnętrze celoidynowych pęcherzy farbą białą, pęcherze o zawartości surowicy otrzymuję przez podmalowanie ich lakierem lub pokostem.

— Resztki naskórka po pękniętych pęcherzach i grubsze złuszczanie się naskórka otrzymuję przez naklejanie błonek celoidynowych lub żelatynowych, odpowiednio podbarwionych.

Pozatem inne szczegóły odtwarzam w sposób, podany w pracach, wspomnianych we wstępie autorów np.;

—wydzielinę ropną, surowiczą lub krwawą, wylewającą się na powierzchnię skóry, naśladować można mieszaniną farb białej i żółtej (ropa), karminowej i cynobru (krew), a po ich zaschnięciu

pomazuje się lakierem dla nadania połysku. Powierzchnie błyszczące i wydzielinę surowiczą naśladuje się czystym lakierem lub pokostem.

— Większe strupy i łuski (np. łuszczycowe) można zdjąć z powierzchni skóry chorego, a po wysuszeniu na słońcu przykleić na danych miejscach odlewu woskowego lub też naśladować mieszaniną odpowiednich farb.

— Miejsca owłosione można uzupełnić naturalnemi włosami; w miejscach brwi i rzęsów wkłuwa się pojedyncze włosy w otwory, zrobione przedtem w wosku za pomocą wkłucia gorącej igły; powierzchnie goloną naśladuje się punktowaniem mieszaniny farby niebieskiej i czarnej.

Niepodobna wymienić tu wszystkich szczegółów postępowania; wyżej podane wystarczą w zupełności dla każdego, kto ma poczucie barw i pewne zdolności do malowania, a w czasie wykonywania odlewów nasuną mu się z pewnością nowe pomysły.

Po zupełnem wykończeniu odlewu przytwierdza się go ogrzanemi szpilkami do czarno pomalowanej deszczułki, a brzegi odlewu okleja aię białem niepranem płótnem. Odlewy woskowe należy przechowywać w miejscu chłodnem, najlepiej w pudełkach ze szklanem wiekiem lub jak poleca Zinsser [7]). w pudełkach, wykonanych w całości z przezroczystego „cellonu" i chronić je przed działaniem promieni słonecznych.

PIŚMIENNICTWO.

1. Photinos Th.: Derm. Zeitschr. 1907, zesz. 3. — 2. Mahl F.: Przegl. chor. skórn. i wener. 1907, zesz. 10—11.— 3. Veress F.: Mon. pr. Derm. 1908, tom 47.—4. Straszyński A.: Przegl. derm. 1923, № 2— 3 i 1924, № 4, str. 269, (dyskusja). — 5. Alkiewicz J.: Przegl. derm. 1924, № 4, str. 269. — 6. Tenże: Now. lek. 1926, zesz. 2. — 7. Zinsser: Derm. Woch. 1926, № 52-a. Tom 83.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Warszawa.
(Direktor: Prof. Dr. Fr. Krzyształowicz).

Über die Methoden der Herstellung von Moulagen.

Von
Dr. med. Adam Straszyński,
Assistent der Klinik.

Nach einleitenden Bemerkungen über die Entwickelung der Herstellung von Moulagen, wobei die sich hiermit bechäftigenden Fachleute, sowie auch wenige Ärzte genannt werden, gibt

Verfasser ausführliche Anweisungen über die Herstellung des Gipsabdruckes und des Wachsabgusses, unter Angabe des hierzu erforderlichen Instrumentariums und Materials.

Ausser den bisher spärlich veröffentlichten Methoden (Photinos—1907, Mahl—1907, Veress—1908, J. Alkiewicz—1926), die eine leichtere Reproduktion von Hautveränderungen ermöglichen gibt Verfasser wenigkomplizierte eigene Methoden an, z. B. zur Reproduktion von impetiginösen Krusten, Blasenbildungen u. s. w.

DZIAŁ STRESZCZEŃ.

R. Martin Pomoc dentystyczna w szpitalu w Soissons. (Un service dentaire à l'Hôpital de Soissons, Revue d'Hygiène Dentaire de France Nr. 22 1927 r.).

Myśl pomocy dentystycznej w Soissons powstała na skutek okólnika z dn. 20/VIII 1925 roku, wydanego przez Dyrekcję Hygieny Publicznej.

Przedewszystkiem dotyczy ona biednych, potem personelu szpitalnego świeckiego i zakonnego, starców, chorych szpitalnych i dzieci ze szkół powszechnych, wyznaczonych przy oględzinach szpitalnych szkolnych. Pozatem dostarcza ona protez ubogim. Z 2-ch godzin tygodniowo, któremi pomoc rozporządza, jedna przypada dla dzieci szkolnych, druga dla dorosłych.

Szkoły powszechne. Lekarz szkolny wypełnia blankiet, wynotowując dokładnie stan zdrowia każdego dziecka, i przesyła go rodzicom. Lekarzowi pomaga wydelegowana pielęgniarka ze „Stowarzyszenia Hygieny Społecznej w Aisne". W ten więc sposób dziecko z jakiemikolwiek brakami w jamie ustnej zostaje leczone w szpitalu darmo, bez potrzeby dostarczania specjalnego świadectwa ubóstwa.

Znaczna liczba potrzebujących pomocy i ograniczony czas zmusiły projektodawców do przyjęcia następującej metody w działaniu Pomocy Dentystycznej:

Dla każdej szkoły przeznacza się ilość godzin, odpowiednią do ilości dzieci, wymagających leczenia. Przy każdej zmianie szkoły poświęca się godzinę czasu na ogólne oględziny i wyznacza się ilość koniecznego czasu do leczenia.

Pomocną przy tem jest zawsze pielęgniarka ze Stowarzyszenia Hygieny Społecznej, wypełnia ona druki i zajmuje się dziećmi.

W zakres pomocy dentystycznej wchodzą opatrunki, wypełnianie ubytków (amalgamatem miedzi) i extrakcje.

Pomoc dla dorosłych obejmuje 3 działy: zachowawczy, protetyczny i chirurgiczny.

a) Pomoc zachowawczą otrzymują: 1) chorzy szpitalni, 2) starcy szpitalni, 3) zakonnice szpitalne, 4) obsługa świecka i 5) zapisani do bezpłatnej pomocy przez Radę Lekarską. Ci ostatni są zmuszeni do przedstawienia zaświadczenia ubóstwa lub kartki porady, wydanej przez Zarząd szpitala lub Radę Lekarską. Nikt nie może korzystać z pomocy bez wiedzy zarządu tejże Pomocy.

W czasie przyjęć jest czynna zakonnica i pielęgniarz.

Zakonnica pomaga przy pracy i dogląda sterelizacji. Pielęgniarz zaś pilnuje kolejności chorych i utrzymuje w porządku gabinet i poczekalnię.

b) Pomoc protetyczna. Protezy mogą być całkowicie lub częściowo bezpłatne, przyczem zainteresowany składa podanie do Dyrekcji szpitala. Wszelkie koszta ponosi szpital. Pomoc dentystyczna nie posiada technika, protezy więc wykonują dentyści na miejscu, nie wydając robót na miasto.

c) Pomocy chirurgicznej udziela się pracownikom szpitala, zranionym w szczęki. Pozatem pomocy udzielono w pewnej liczbie złamań, zwłaszcza w okresie odbudowy miasta. Pomoc chirurgiczna bywa udzielana poza godzinami przyjęć.

Rachunkowość obejmuje:

1) Utrzymanie książki porad, gdzie się notuje zabiegi wykonane, uchwały, dotyczące chorych i uwagi co do ogólnej pomocy.

2) Sprawozdanie dla Komisji Dobroczynnej.

3) Sprawozdanie roczne szkolne dla „Stowarzyszenia Hygieny Społecznej w Aisne“ i nadzoru 1 instacji.

Str. Zofja Brennejsen Szajewska lek-dent.

NOWOŚCI PRZEMYSŁU DENTYSTYCZNEGO.

I. **O możliwości ścisłego dawkowania arszeniku w praktyce lekarsko-dentystycznej.**

W zębolecznictwie arszenik (AS_2O_3) został zastosowany po raz pierwszy do zniszczenia chorej miazgi w Ameryce przez Spooner'a w 1836 roku i mimo swej własności wysoce trującej w szczególności na osocze krwi, co naukowo zostało stwierdzone (Schröder Correp. blatt. 1912 r.), jest niezastąpiony w dentystyce do dnia dzisiejszego.

Jego bowiem siła dewitalizująca miazgę zębową, nawet po przez dość grubą warstwę zębiny, jest tak wielka, że okazał się on niezastąpiony, mimo bezustannych prób, czynionych w tym kierunku.

Wobec tak wysokich zalet arszeniku w praktyce dentystycznej, nie pozostawało nic innego, jak zawrzeć z nim ostatecznie trwałe przymierze. Zamiast więc dotychczasowych usiłowań, aby arszenik wyrugować z arsenału leków, powzięto myśl usunięcia lub przynajmniej zmniejszenia jego szkodliwości tak dla nas niepożądanych.

Uprzytomnijmy sobie więc te strony ujemne arszeniku które wypadało zwalczać.

Jego własności trujące są tak wielkie, że według farmakopei, dawka arszeniku jednorazowa nie może przekraczać 0,005 grm.

Zważywszy jednak, że przy zakładaniu arszeniku do zęba są zachowywane wszelkie środki ostrożności, czego dowodem może służyć fakt, iż w ciągu stu niemal lat został zanotowany zaledwie jeden wypadek śmiertelny z powodu połknięcia opatrunku, włożonego z arszenikiem do zęba (Zahnärztliche Rundschau 1921, № 40), ta sprawa nie nasuwa nam wielu obaw i możemy przejść nad nią do porządku. Zwłaszcza, że ilość wkładanego do zęba arszeniku zwykle nie przekracza granic maximalnych — (Zahnärztl. Rundschau 1924, № 46).

Pozostaje więc nam omówienie tych szkodliwości, jakie arszenik wywierać może na tkanki, otaczające ząb t. j. śluzówkę, dziąsło, ozębnę i szczękę. Otóż, o ile on nie został szczelnie zamknięty, w zębie mogą wyniknąć poważne i znaczne uszkodzenia.

Przedewszystkiem, wydostając się do jamy ustnej, zostaje on połykany wciąż ze śliną, co jednak nie sprowadzi skutków śmiertelnych, jednak może uszkodzić silnie żołądek i przewód pokarmowy. Leżąc zaś dłużej na śluzówce, wywołuje jej obuz marcie, a, wnikając coraz to głębiej, niszczy dziąsło, poraża ozębnę i okostnę a nawet zębodół.

Przytoczone strony ujemne arszeniku są niestety tak często spotykane i znane powszechnie, że uważamy za zbędne zatrzymywać się dłużej nad tą sprawą. Natomiast podamy obecnie sposób prosty i łatwy, przy pomocy którego daje się w zupełności uniknąć tych wszystkich stron ujemnych arszeniku.

Już przed dwoma laty prof. Ritter z Berlina, zastanawiając się nad szkodliwościami arszeniku w zębolecznictwie, wyraził taką myśl. (Zahnärztl. Rundsch. 1925 r. Nr. 28).

Jeżeli farmakopeja wyznacza dawkę maximalną dla arszeniku przy jego użytku wewnętrznym, to jest rzeczą zupełnie logiczną, że można, a nawet należy, ustanowić również dawkę minimalną arszeniku do użytku zewnętrznego w praktyce zębolecznicze j. Dawka taka musi zapewnić nam dobry wynik, to znaczy otrzymać w ściśle określonym czasie zupełne zniszczenie miazgi. Z góry możemy być pewni, że i dla arszeniku musi istnieć jakaś granica minimalna, poza którą kończy się jego oddziaływanie na miazgę w kierunku niszczącym.

Pod wpływem tej myśli Ritter zwrócił baczniejszą uwagę na preparat, wprowadzony do handlu pod mianem „Dosarsen"-t. j. arszenik dający się dawkować. Wypuściła ten preparat firma Kripke, Dr. Speier i Ska.

Dosarsen nie ma formy pasty, używanej dotychczas, lecz jest to zbiór jednakowej wielkości cząsteczek miękkiego ciała. Cząsteczki te mimo, iż łączą się razem, jednak dają się z całą łatwością oddzielać od siebie.

Każda taka cząsteczka została przesycona roztworem arszeniku w ten sposób, że zawiera tylko niezbędną jego ilość do zniszczenia miazgi, w czasie ściśle określonym. Ponadto cząsteczka owa posiada tyle nowokainy, że zapobiega bólom, mogącym powstać przy działaniu arszeniku na miazgę.

Ponieważ jednak czas, w którym ma nastąpić obumarcie miazgi, jest zależny od koncentracji arszeniku, przeto dosarsen został spreparowany w trzech rodzajach co do mocy. Aby zaś przy używaniu preparatu nie zachodziły pomyłki, każdy rodzaj preparatu został zafarbowany na inny kolor, co pozwala łatwo je odróżniać.

I tak: preparat koloru czarnego jest słabej mocy, zawiera 0,0022 grm. kobaltu (metaliczny arsen) i 0,0004 grm. arszeniku, przydatny on jest głównie w praktyce dziecinnej i winien leżeć, w ubytku przez dwa dni. Preparat koloru czerwonego jest normalnej mocy, zawiera 0,0026 grm. arszeniku, winien leżeć cztery dni w ubytku. Preparat koloru żółtego jest najsilniejszy zawiera 0,0044 grm. arszeniku i winien leżeć przy obnażone, miazdze dwa dni w ubytku.

A teraz parę słów o zaletach dosarsenu na zasadzie spostrzeżeń, uczynionych już w praktyce.

1) Już sam proces wyjmowania odpowiedniej ilości dosarsenu z flaszeczki jest niezwykle dogodny, ponieważ każda cząsteczka oddziela się bardzo łatwo od innych. Bierze się więc pensetką jedną lub dwie takie cząsteczki i kładzie lekko bez ucisku na przygotowaną miazgę poczem zamyka się szczelnie ubytek.

Mimo iż dosarsen jest bardzo miękki, jednak posiada on taką spoistość swoich cząsteczek, że nie wysycha ani się nie kruszy, jak to często zachodzi z dotychczasową pastą.

2) Kolor, jakim każdy rodzaj preparatu jest zabarwiony, ułatwia nam nie tylko odróżnianie stopnia stężenia, o czem już była wzmianka, ale nadto daje możność kontrolowania, czy dany preparat został położony na miejsce właściwe, jak również, czy nie wydostał się po za brzeg ubytku przy zamykaniu opatrunku.

3) Najważniejszą jednak zaletą dosarsenu jest możność łatwego dawkowania. Kiedy bowiem, używając pastę zwykłą, wprowadzamy do ubytku ilość przypadkową arszeniku, co właśnie powoduje nieraz podrażnienia ozębnej, to przy użyciu dosarsenu wprowadzamy tylko taką ilość arszeniku, jaka jest nieodzownie potrzebna do osiągnięcia zamierzonego celu, przez co wszelka możność otrucia jest wykluczona oraz unikamy wszystkich złych następstw, pochodzących najczęściej z używania nadmiaru tej strasznej trucizny.—

4) Działanie dosarsenu jest tak pewne i zawsze skuteczne, że nie zachodzi nigdy potrzeba powtarzania drugi raz opatrunku.

5) Cały proces zniszczenia miazgi odbywa się przytem szybko i zupełnie bezboleśnie.—

6) Znika wszelka obawa, wynikająca z przetrzymania założonego opatrunku. Gdy dawniej używana pasta, jeśli leżała w zębie cokolwiek dłużej, niż należało, wywoływała nie raz dość poważne następstwa w postaci uszkodzenia zęba lub szczęki (martwiaki)—to przy używaniu dosarsenu podobnych rzeczy wcale się nie spotyka, jak o tem zaznacza z zachwytem wielu autorów, używających już w swej praktyce od lat dwuch dosarsenu.

Twierdzą oni nawet, że nieużywanie tego preparatu uważać należy dziś za duży błąd w leczeniu.

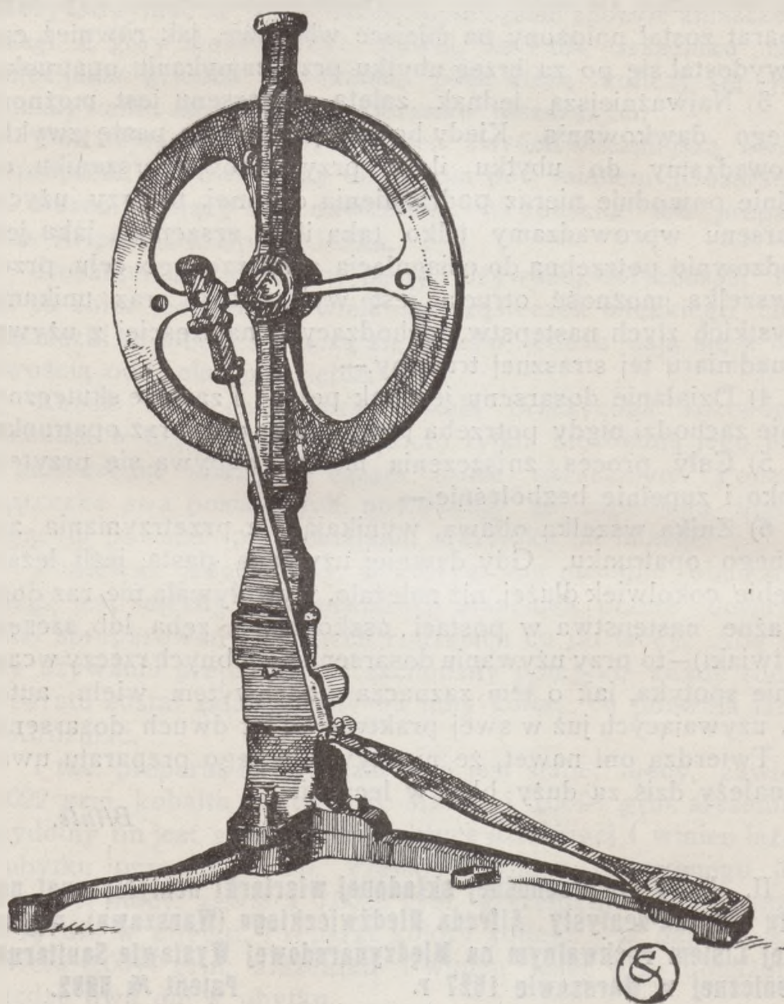
Bltkle.

II. **Nowy typ przenośnej składanej wiertarki dentystycznej pomysłu lekarza-dentysty Alfreda Niedźwieckiego (Warszawa), nagrodzonej Listem Pochwalnym na Międzynarodowej Wystawie Sanitarno-Higjenicznej w Warszawie 1927 r. Patent № 6982.**

Mając na względzie udogodnienie w niesieniu pomocy lek.-dentystycznej poza gabinetem, skonstruował Niedźwiecki przenośną wiertarkę składaną. Dotąd, prócz rozbieranej wiertarki White'a, dentystyka nie posiadała wiertarek, przeznaczonych do praktyki pozagabinetowej.

Wiertarka Niedźwieckiego ma tę ważną zaletę, że w celu włożenia do specjalnej walizki (45 cm.×27 cm.×14 cm.) nie

demontuje się jej, lecz składa tak, aby zajęła jak najmniej przestrzeni. A więc, dwie przednie nogi statywu, zawiasowo zespolone z podstawą, zgina się tak, iż przystają one do trzeciej dłuższej,

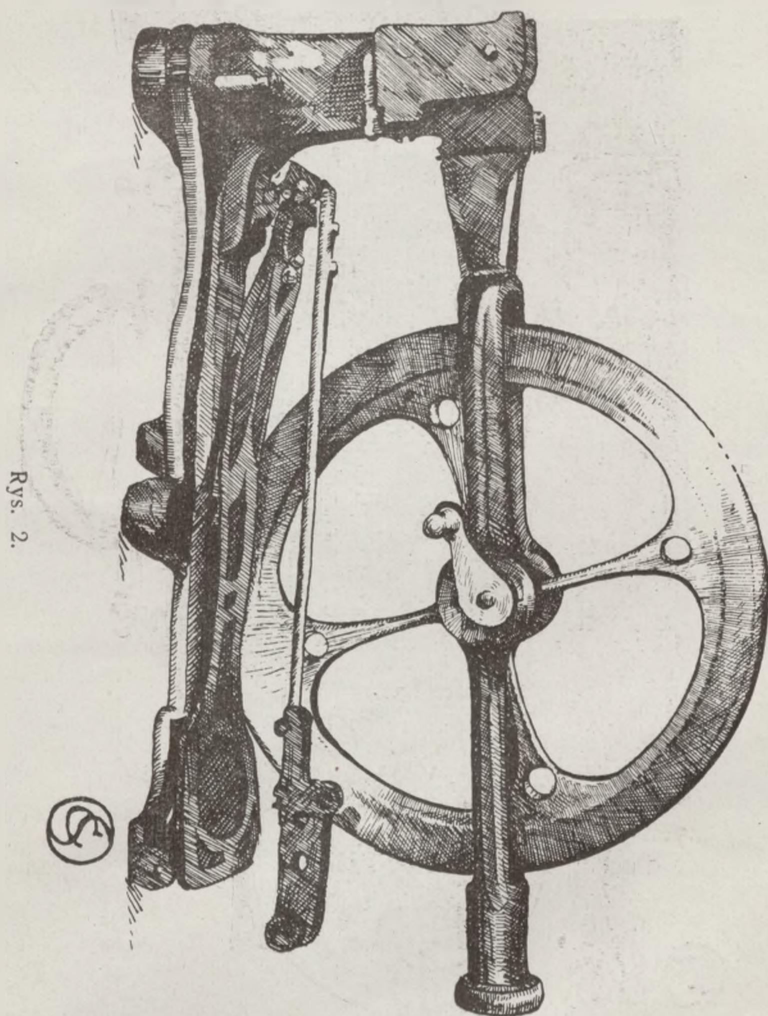


Rys. 1.

do której przymocowany jest pedał (rys. 1 i 2). Rozwidloną część podstawy wiertarki, w której umocowane jest koło rozpędowe, dzięki połączeniu zawiasowemu, pochyla się o 90° (rys. 1 i 2). Łożysko korbowodu, dla łatwiejszego zdjęcia go z korby, roz-

chyla się, po naciśnięciu na odpowiedni zatrzask. Korbowód po złożeniu przyjmuje położenie równoległe z pedałem i dłuższą nogą statywu (rys. 2).

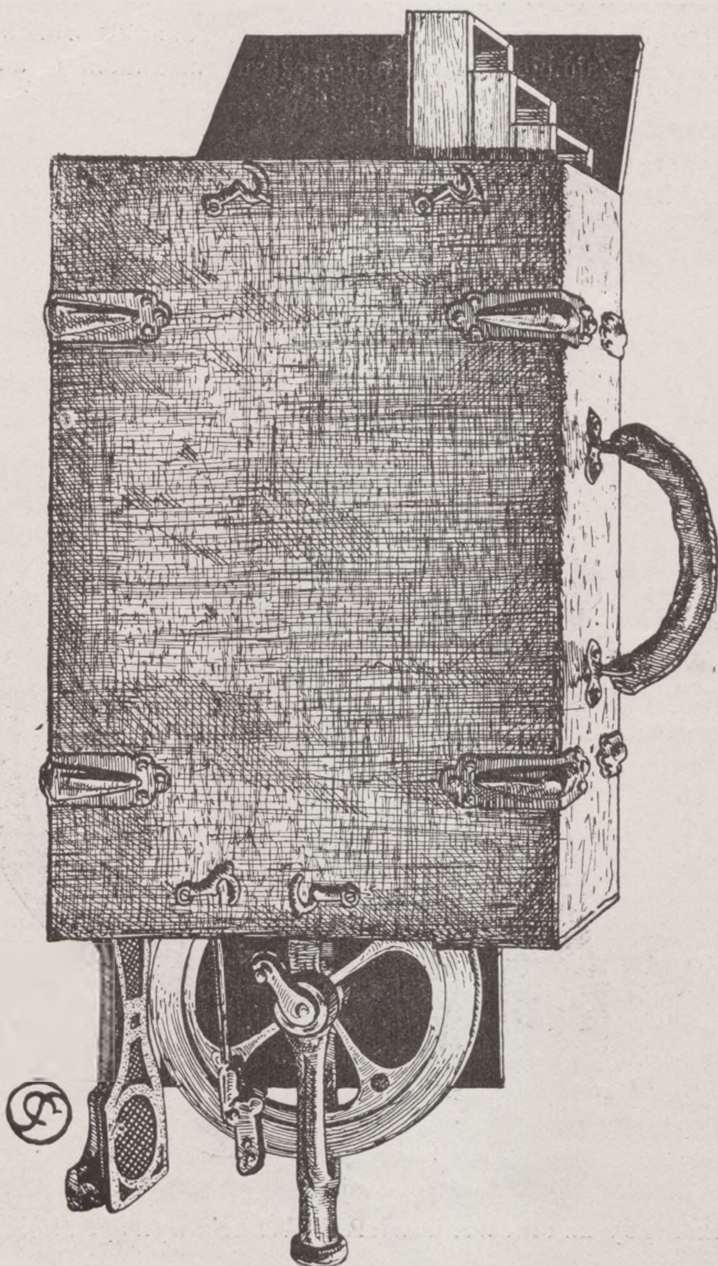
Dzięki sprężynom i zatrzaskom, składanie i rozkładanie jest łatwe i zajmuje bardzo mało czasu (maximum 1½ minuty),



Rys. 2.

podczas gdy zmontowanie wiertaki White'a wymaga około ⅓ godziny.

Średnica koła rozpędowego wynosi 24 cm., waga całej podstawy wiertarki — 7,5 kg. Walizka, do której przez boczne



Rys. 3.

drzwiczki wsuwa się tak złożoną wiertarkę, posiada szereg szufladek z przegrodami, dla pomieszczenia lekarstw i narzędzi.

Całość stanowi więc mały (polowy) gabinet lekarsko-dentystyczny. Znajdzie ona niewątpliwie zastosowanie w wypadkach, gdy lekarz musi nieść pomoc pacjentowi poza swoim gabinetem i przyczynić się powinna do rozwoju i ugruntowania praktyki pozagabinetowej (pomoc dentystyczna w wojsku), która dotąd jest traktowana po macoszemu, tembardziej, iż wiertarkę tego typu zastosować można we wszystkich warunkach, w jakich może się lekarz znaleźć, a więc przy łóżku chorego, w ambulatorjum polowem i t. p.

Czesław Skotlewski.

Przyczyny stałego zmniejszania się praktyki prywatnej lekarza-dentysty.

Sprawa, poruszona przez Dra L. Brennejsena w Nr. 4-tym „Przeglądu Dentystycznego" z 1928 r., a zatytułowana „Uwagi i refleksje", dotyczy tak żywotnych i aktualnych przejawów w świecie lekarsko-dentystycznem, że pozwolę sobie dołączyć również kilka uwag.

Wzrastający z rokiem każdym upadek praktyki prywatnej wśród lekarzy-dentystów, zarówno starszego, jak i młodszego pokolenia, poczyna już grozić zachwianiem się egzystencji materjalnej wielu rodzin.

To też zaczęto zastanawiać się co raz poważniej nad przyczynami tego zjawiska. W celu zaś ich bliższego omówienia zebrało się w październiku roku ubiegłego grono kolegów, ożywionych dobremi chęciami, a wynikiem tych rozważań było ustalenie następujących dziesięciu przyczyn:

I. Jedną z najważniejszych przyczyn zmniejszania się praktyki prywatnej wśród lekarzy wogóle, a lekarzy-dentystów w szczególności, jest zaprowadzenie u nas t. zw. Kas Chorych. Według obliczeń okazuje się, że 62% obywateli Państwa Polskiego jest „ubezpieczonych", czyli zmuszonych do opłacania miesięcznego podatku na rzecz Kasy Chorych.

Jakkolwiek nie wszyscy „ubezpieczeni" korzystają z pomocy lekarsko-dentystycznej tej instytucji, to jednak można bez przesady twierdzić, że blisko połowę pacjentów z praktyki prywatnej zabrały owe Kasy Chorych.

II. Nie mniej poważną konkurencją dla praktyki prywatnej okazuje się klinika Państw. Instyt. Dent., prowadzona w sposób, zwracający zbyt wiele uwagi na stronę komercjlaną. Pa-

nuje tam bowiem zwyczaj, niepraktykowany na innych klinikach, że przyjmuje się każdego pacjenta, który może zapłacić, nie zwracając żadnej uwagi na stan jego zamożności.

Tym sposobem ludzie, mogący leczyć się prywatnie, korzystają z pomocy lekarsko-dentystycznej, przeznaczonej przez Państwo dla ludzi niezamożnych.

III. Socjalizacja pracy zmusiła inne organizacje społeczne, komunalne i państwowe, jak również zakłady fabryczne, przemysłowe i handlowe do zapewnienia swoim członkom pomocy lekarsko-dentystycznej zupełnie darmo lub po zniżonej cenie. Rzecz naturalna, że musiało to wpłynąć w znacznym stopniu na zmniejszenie się frekwencji pacjentów w praktyce prywatnej.

IV. Z chwilą, kiedy otwarto gabinety lekarsko-dentystyczne przy różnych uczelniach, odpadła z praktyki prywatnej prawie cała młodzież, będąca w wieku szkolnym, gdyż rodzice zostali jak gdyby zwolnieni przez szkołę od opiekowania się zębami swych dzieci.

Jednak lekarze-dentyści szkolni, zamiast roztaczać ogólny nadzór nad stanem uzębienia wszystkich uczni, przez dopilnowywanie, aby w poszczególnych wypadkach remont zębów był przeprowadzany po za szkołą (jak tego wymagają przepisy o działalności lek.-dent. szkolnych), wykonywują w szkole remont zębów kilku zaledwie uczniom, pozostawiając zęby reszty uczni zupełnie bez kontroli.

V. Protetyka, ten podstawowy dział praktyki każdego lekarza-dentysty, przechodzi coraz bardziej w ręce techników dentystycznych, ponieważ wielu kolegów i koleżanek, z powodu braku wprawy lub doświadczenia przy wykonywaniu niektórych zabiegów w gabinecie z zakresu protetyki dentystycznej, zwraca się z prośbą o pomoc w gabinecie do techników dentystycznych.

Pacjenci więc, obsługiwani stale w gabinecie lek.-dent. przez techników, nabierają stopniowo przekonania, że jedynym „autorytetem" w tym dziale dentystyki jest właśnie technik. Nie więc dziwnego, że do nich zwracają się bezpośrednio ze szkodą dla praktyki prywatnej lek.-dent.

VI. Wielu kolegów, nie mogąc sobie poradzić w wypadkach trudniejszych—zamiast zaprosić do siebie na konsyljum kolegę bardziej w tym dziale doświadczonego—odsyłają takiego pacjenta do kliniki Państw. Inst. Dent.

Postępując w ten sposób, można wprawdzie szybko pozbyć się kłopotu, ale jednocześnie traci się na zawsze pacjenta, gdyż znalazł on pomoc w Istytucie, której mu odmówiono w gabinecie prywatnym lekarza-dentysty.

VII. Nadmiar lekarzy-dentystów, praktykujących w Warszawie, z konieczności musi się odbić ujemnie na praktyce prywatnej każdego z nich.

Ten stan nienormalny wytworzył się dlatego, że młodzi lek.-dentyści po ukończeniu swych studji, zamiast powracać do miast rodzinnych lub osiedlać się na prowincji, gdzie mogliby odrazu znaleźć przyzwoite warunki bytu, rozpoczynają zwykie swą praktykę od biedowania w Warszawie.

Aby więc przyciągnąć do siebie trochę pacjentów, obniżają wciąż skalę swych wymagań za pomoc dentystyczną i w ten sposób wytwarzają coraz to cięższe warunki bytu dla ogółu lekarzy-dentystów.

VIII. Koleżanki nasze, mając w licznych wypadkach zapewnione utrzymanie przez ojca lub męża, traktują zarobki ze swej praktyki tylko jako „dodatek". W tych wypadkach pobierają one najczęściej tak niskie honorarja za swoją pracę, że z niemi nie mogą konkurować ci wszyscy, którzy są zmuszeni tylko z praktyki lekarsko-dentystycznej utrzymać siebie, dom i rodzinę. Takie obniżanie wartości naszej pracy prowadzi do zubożenia i upadku stanu lek.-dent.

IX. Niewypłacalność pacjentów zmniejsza w dużym stopniu dochodowość z praktyki lekarsko-dentystycznej. A dzieje się tak nie dla tego, aby nas chciano rozmyślnie krzywdzić, lecz z powodu wadliwego inkasowania należności.

Tylko wśród lek.-dent. zakrzewił się zwyczaj pobierania zapłaty dopiero po ukończeniu całkowitego remontu w zębach, zamiast za każdy ukończony zabieg.

Tłomaczy się to albo obawą zrażenia sobie pacjenta swoją natarczywością, albo też chęcią odebrania razem większej sumy.

W obu jednak razach błądzimy, wykazując zupełną nieznajomość psychiki ludzkiej. Jeśli bowiem przykro lub trudno pacjentowi wpłacić drobną należność za pojedyńczy zabieg, to sumę większą płaci zawsze z niechęcią człowiek nawet bogaty. Srednio zaś zamożny osobnik staje się najczęściej trudnowypłacalnym pacjentem w tych razach lub też mimowolnym dłużnikiem, który ze wstydu już do nas nie wraca.

X. Aby wyczerpać do końca wszystkie przyczyny, zmniejszające dochodowość z praktyki prywatnej lekarza-dentysty, wspomnieć tu jeszcze wypada i o zubożeniu naszych pacjentów, dawniej ludzi zamożnych, a dziś biednych, na co złożyły się powojenne warunki ekonomiczne kraju.

Tego rodzaju pacjenci są dziś najliczniejsi i zniewalają nas do czynienia im znacznych ustępstw.

Zrozumiałą jest rzeczą, że grono kolegów, związanych luźno

tylko pewnemi zamierzeniami, a nieposiadających żadnego mandatu ani też egzekutywy do działania, musiało z konieczności ograniczyć swoją czynność tylko do stwierdzenia faktu oraz wyjaśnienia sobie jego przyczyn.

Jednak stanowi to już pewien krok w kierunku przeciwstawienia się złu i może być bodźcem do rozpoczęcia dalszej pracy na gruncie odpowiednim. Pozatem, zapoznanie starszego ogółu kolegów z powyżej przytoczonemi przyczynami ,może wpłynąć w pewnej mierze na ich stopniowe usuwanie.

Stanisław Blikle.

ZJAZDY.

I.

XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich.

(Komunikat Nr. I).

W myśl uchwały, powziętej na XIII Zjeździe z 1925 r., następny Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w Wilnie w 1929 r.

Do Prezydjum Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Delegacja Stała powołała z szeregu swych członków prof. dr. A. Januszkiewicza i prof. dr. Władysława Dziewulskiego, na Sekretarza Generalnego został zaproszony prof. dr. K. Michejda, na Redaktora Naczelnego — prof. dr. W. Jakowicki, na Skarbnika — dr. W. Bądzyński.

Ścisły termin Zjazdu został wyznaczony przez Delegację Stałą w porozumieniu z Komitetem Organizacyjnym na dnie 26—29 września 1929 r.

Po zakończeniu przygotowawczych czynności w organizacji Wydziału Naukowego będzie podany wykaz gospodarzy i sekretarzy sekcji w najbliższym komunikacie.

Za Delegację Stałą Zjazdu

Doc. dr. T. Janiszewski — Sekretarz
Prof. dr. S. Ciechanowski — Przewodniczący

Za Komitet Organizacyjny Zjazdu

Prof. dr. K. Michejda — Sekretarz Generalny
Prof. dr. A. Januszkiewicz — Przewodniczący

II.

Otrzymaliśmy w dn. 19 kwietnia 1928 r. pismo następujące.

KOMITET ORGANIZACYJNY
III Polsk. Zjazdu Stomatologicznego
KRAKÓW, ul.GARNCARSKA 9.

Szanowna Redakcjo!

Komitet Org. III Polsk. Zjazdu Stomatologicznego w Krakowie prosi o zamieszczenie następującego komunikatu:

III POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY.

Komitet organizacyjny podaje następujące bliższe szczegóły, dotyczące III Polskiego Zjazdu Stomatologicznego w Zielone Święta (27 do 29 maja) b. r. w Krakowie:

Zaproszenia do wzięcia udziału w Zjeździe otrzymają wszyscy lekarze-dentyści w Polsce za pośrednictwem swoich Związków zawodowych. O ileby który Związek lub lekarz-dentysta takiego zaproszenia do 1 maja nie otrzymał, zechce się zwrócić do sekretarza generalnego Zjazdu: D-ra Jerzego Drozdowskiego — Kraków, Garncarska L. 9. Do zaproszenia będzie dołączony program ogólny Zjazdu i kwestonarjusz.

Program ogólny Zjazdu.

Sobota 26 maja:

Przyjazd do Krakowa uczestników Zjazdu, rozlokowanie i zebranie towarzyskie wieczorem, celem zaznajomienia się. (Lokal będzie podany w programie szczegółowym, który każdy uczestnik otrzyma po przyjeździe do Krakowa).

Niedziela 27 maja:

O 9-ej Nabożeństwo w kościele św. Anny.

O 10-ej Uroczyste otwarcie Zjazdu, wybór prezydjum Zjazdu i odczyt Prof. Dra Łepkowskiego. (Lokal w programie szczegółowym).

O 13,45, Odjazd pociągiem do Wieliczki dla zwiedzenia Salin.

O 21,30, Raut w salach Towarzystwa Lekarskiego (Radziwiłłowska L. 4). (Strój wieczorowy).

Poniedziałek, 28 maja:

O 9-ej Posiedzenie naukowe: I. temat główny i tematy dowolne. (Lokal w programie szczegółowym).

O 16-ej Wycieczka autami do Parku ludowego na Woli Justowskiej i do klasztoru OO. Kamedułów na Bielanach.

O 19,30 Przedstawienie w teatrze miejskim im. Juljusza Słowackiego.

Wtorek. 29 maja:

O 9-ej II. temat główny i tematy dowolne.

O 16-ej Posiedzenie naukowe III. temat główny, tematy dowolne i zamknięcie Zjazdu.

Środa 30 maja:

Wyjazd do Zakopanego i wycieczka do Morskiego Oka.

Za Komitet Organizacyjny

Dr. Jerzy Drozdowski
Sekretarz Generalny

Dr. Józef Wodniecki
Przewodniczący

Uprasza się naszych Szanownych Czytelników, aby czynili zakupy tylko w składnicach firm, ogłaszających się w naszem piśmie.